

DOSSIER INSCRIPTION CANTINE
ANNEE SCOLAIRE 2019-2020
A REMETTRE EN MAIRIE

NOM ET ADRESSE DES PARENTS : -----

Courriel : ----- N° Allocataire CAF -----

NUMEROS DE TELEPHONE : -----

- Domicile : -----
- Portable : -----
- Professionnel : -----

NOM ET PRENOM DE L'ENFANT : -----

AGE :

CLASSE :

CANTINE L M J V
 A compter du :

SIESTE L M J V

Signatures des parents précédées de la mention « Lu et approuvé ».

FICHE DE RENSEIGNEMENTS

ENFANT

NOM : ----- Prénom : ----- Classe :

Date de naissance : -----

Adresse : -----

PERE

NOM : ----- Prénom : -----

Adresse : -----

Profession : -----

Employeur : -----
(Joindre un certificat de travail)

Tél. : Domicile : -----
Portable : -----
Professionnel : -----

MERE

NOM : ----- Prénom : -----

Adresse : -----

Profession : -----

Employeur : -----
(Joindre un certificat de travail)

Tél. : Domicile : -----
Portable : -----
Professionnel : -----

Personnes à prévenir en cas d'urgence et absence des parents :

1/ NOM & Prénom : ----- Qualité : -----
Téléphone : -----

2/ NOM & Prénom : ----- Qualité : -----
Téléphone : -----

PROJET D'ACCUEIL INDIVIDUALISE : oui non

* est-il en cours ? oui non

* est-il déjà mis en place (signé par la commission) ? oui non

Attention tout P.A.I. non signé se verra refuser à la cantine

TRAITEMENT :

L'enfant suit-il un traitement ?

Si oui, lequel :

VACCINATIONS : (copie du carnet de santé)

DTP :

BCG :

Autres

NOM ET TELEPHONE DU MEDECIN TRAITANT :

OBSERVATIONS MEDICALES – REGIMES PARTICULIERS

DECHARGE PARENTALE

Je soussigné,

Après avoir pris connaissance des conditions générales de fonctionnement du service de cantine, autorise la commune de DAMMARTIN SUR TIGEAUX, représentée par son Maire, Francis BELTRAN, à faire soigner mon enfant et à faire pratiquer toute intervention d'urgence.

Préférence pour un établissement hospitalier :

Lu et approuvé

Signature des parents ou du responsable de l'enfant :